

早稲田大学審査学位論文

博士（人間科学）

概要書

内服与薬業務における看護師の行動特性と  
誤薬発生機序

Behavioral Characteristic and Medication Errors of Nurses  
Administering Oral Medications.

2014年 1月

早稲田大学大学院 人間科学研究科

笠原 康代

KASAHARA, Yasuyo

研究指導教員： 石田 敏郎 教授

## 第1章 序論

我が国において、誤薬の報告件数は上位であり、諸外国においても問題となっている。現在までに様々な対策が講じられてきたが、同じような過ちはいまだに発生している。その要因としては、対策の多くが看護師個人の問題として帰着していることと、誤薬の要因を的確に把握し、看護師の与薬行動への影響を取り除くまたは支援するといった根本的な対応が不十分な点にあると考える。また、内服与薬業務プロセスに沿って発生したエラーと背後要因および与薬行動の特性を検討した研究は少ない。

## 第2章 目的

本研究は、内服与薬業務プロセスにおいて発生したエラーと看護師の与薬行動の特性およびそれに影響する背後要因を検討し、誤薬の発生機序を明らかにすることを目的とした。

## 第3章 予備調査

### 1. 内服与薬遂行のための看護師の行動に関する検討

内服与薬業務において看護師に求められている与薬行動について明らかにすることを目的とした。14施設の与薬マニュアルを調査した結果、学習面では、エラー形態や要因の理解と患者の病態や薬剤の作用に関する理解が求められていた。技術面では、患者状態と指示内容の妥当性および患者が内服できるかの判断、個別性に応じた与薬方法の選択と実施が必要とされていた。また、与薬後の作用、副作用に関する判断や事故後の早期対応が求められていた。態度面では、他スタッフや患者、家族との連携エラー防止策の実施が求められていた。

### 2. 内服与薬業務におけるエラー形態と背後要因

内服与薬業務において発生しているエラーと背後要因を検討することを目的とした。エラー形態とPSF(Performance Shaping Factor)項目のカテゴリー化をおこなった結果、Commission Error(以下、CE)の選択エラーが全CEの約85%を占めており、対策を講じる必要性が示唆された。また、Omission Error, CEともに確認不足が多かった。管理要因ではマニュアル違反の報告が多く、環境要因では業務の重複による作業中断や、業務分担・人員配置の問題が多かった。設備等の要因では、指示の記載や1包化した薬剤がわかりづらいこと、薬剤の形態等の類似がエラーの発生に関係していた。

## 第4章 研究1

### 看護師の内服与薬業務プロセスにおける確認エラーの検討

内服与薬業務プロセスのどの段階でどのような要因によって確認エラーが発生しているのかを検討することを目的とした。事例分析の結果「指示（行動目標）の把握－確認段階①」（18.1%）、「行動計画と指示の照合-確認段階③」（29.0%）、「実行しようとしている行動と指示の照合-確認段階⑤」（24.2%）の3つの段階で全確認エラーの約70%が発生していた。関連要因を5領域にわけ、確認段階ごとに比較検討すると「確認段階①⑤（上述）」および「指示と根拠の照合－確認段階②」における関連要因の分布は、全確認段階の分布と相違がみられ、確認エラーの予防対策を各段階で立てる必要性が示唆された。

## 第5章 研究2

### 内服与薬業務における看護師の行動特性

内服与薬業務を遂行する看護師の行動特性と誤薬の関係性を検討することを目的とした。質問紙調査を実施し、因子分析を行った結果、安全な内服与薬を遂行するために必要な行動は【情

報活用】，【連携】，【業務調整・知識獲得】に分類された。誤薬の少ない看護師は多い看護師よりも、与薬前に患者状態や薬剤に関する情報を積極的に活用する傾向があり、安全に業務が遂行できるよう業務調整を行い、安全のための知識や技術に関する最新情報を積極的に学習する傾向が示唆された。

## 第6章 研究3

### 誤薬発生要因の実験的検討

内服与薬業務プロセスにおいてどのような間違いが発生し誤薬につながるのか、また確認の方略や作業中断による誤薬の誘発可能性について検討することを目的とした。医療現場を模した環境下で看護師63名に与薬を実施してもらった結果、もっとも多く発生する誤薬形態は与薬量間違いであった。確認方略に関しては、与薬準備段階では、声出し確認と指差し確認のどちらか一方もしくは両方ともに実施し、与薬段階では両方ともに実施したほうが誤薬防止に効果的であることが示唆された。作業中断の有無別の誤薬件数に違いはなく、中断直後の薬剤の確認は、途中からではなく最初からやり直す方が誤薬防止に効果的であることを示した。

## 第7章 総合考察

### 1. 本研究で得られた知見の要約

- 1) 確認エラーは「指示の把握」，「行動計画と指示の照合」，「実行しようとしている行動と指示の照合」の段階で全エラーの約70%が発生していた。背後要因は、全段階の分布と違いがみられる箇所もあり、予防対策を各段階で立てる必要がある。
- 2) 安全な内服与薬業務を遂行には【情報活用】，【連携】，【業務調整・知識獲得】が影響している。
- 3) 与薬量間違いがもっとも多く発生する。
- 4) 指差呼称は誤薬防止に効果がある。作業中断直後は最初から確認をやり直した方が効果的である。
- 5) 実務経験年数は誤薬発生数に影響しない。

### 2. 誤薬の発生機序に関する知見の統合

誤薬発生の直接原因としては確認エラーが多く、特に与薬準備段階で多く発生しており、指差呼称の実施が誤薬防止に効果的であることが示唆された。作業中断後は最初から確認をしないおし、与薬直前も患者状態から再確認する等の教育が必要である。また、与薬量間違いがもっとも多く発生しやすく、薬剤の類似性等による思い込みや見逃しといったエラーが誘発され、誤薬に至ることが推察された。与薬行動は【情報活用】，【連携】，【業務調整・知識獲得】が誤薬と関係していると考えられた。最新情報を迅速かつ確実に看護師に提供し、意思決定を支援するシステムの確立や、医療従事者間のコミュニケーションに関する対策および支援が必要であろう。また、教育は経験年数に関係なく、定期的に行われる必要がある。

## 第8章 結論と今後の展望

本研究は、内服与薬業務プロセスにおける誤薬の発生機序を明らかにした。安全な内服与薬業務の遂行に必要な行動特性について言及できたことは新しい知見である。また、誤薬と与薬行動について実験的に検証した数少ない研究でもある。今後は、本研究の知見を生かし、具体的な対策を立案し、効果検証するとともに、学生や医療従事者、患者等に対して安全教育を実施することで、誤薬の低減が期待される。